

KIRJAAMINEN JA HOIDON JATKUVUUS

Hannele Myrskyranta

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2014
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Tampereen ammattikorkeakoulu

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU
Tampere University of Applied Sciences

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

MYRSKYRANTA, HANNELE:
Kirjaaminen ja hoidon jatkuvuus

Opinnäytetyö 40 sivua, joista liitteitä 3 sivua
Maaliskuu 2014

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata tietyn sairaalan sähköisen potilastietojärjestelmän kirjaamisen nykytilaa hoidon jatkuvuuden näkökulmasta. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuoda näkyväksi hoitotyön kirjaamisen nykytila sekä mahdolliset kehittämishaasteet.

Opinnäytetyössä käytettiin laadullista eli kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Aineiston teoriaosuus kerättiin kirjallisuudesta. Aineisto kerättiin tietyn sairaalan sähköisestä potilastietojärjestelmästä. Aineistoa tarkasteltiin 1.11.2013–1.1.2014 väliseltä ajalta tietyistä potilasasiakirjoista, ja kartoitettiin teorian ilmenemistä käytännössä kirjaamisteksteissä. Opinnäytetyössä käytettiin sisällönanalyysiä, joka tehtiin teorialähtöisesti eli deduktiivisesti. Aineiston analyysin luokittelu perustui kirjaamisen kriteereihin, jotka määriteltiin ja kuvattiin.

Opinnäytetyön tulokset ovat samansuuntaisia kuin aiemmat tutkimukset. Potilaille tehtiin hoitosuunnitelmia sekä hoito- ja kuntoutussuunnitelmia, joissa oli kirjauksia avun tarpeesta ja hoidon tavoitteista. Potilaan näkemys suunnitelmien teossa jäi puutteelliseksi tai sitä ei kirjattu. Moniammatilliset väliarviot, erilaiset testit sekä loppuarviot edellisestä hoitopaikasta sisälsivät arvokasta tietoa potilaasta. Lääkehoitoa kirjattiin monella eri tavalla. Lääkehoidon vaikuttavuus oli sekä potilaan että hoitajan näkökulmasta heikosti kirjattu. Kirjaamisen komponentteja käytettiin pääasiassa hyvin. Hoitajat kirjasivat potilaslähtöisesti sekä tekemistä kuvailevasti. Osalta potilaista puuttui vuorokohtaisia kirjauksia. Kirjaamista tehtiin reaaliajassa sekä viiveellä. Hoidon jatkuvuuden tarveotsikkoa käytettiin pääasiassa erilaisten hoitoaikojen, niihin liittyvien ohjeiden sekä omaisten kanssa käytyjen keskustelujen kirjaamiseen.

Kehittämisehdotuksena opinnäytetyöstä nousevat kirjaamisen kehittäminen potilaan näkökulmasta sekä lääkehoidon vaikuttavuuden kirjaaminen potilaan ja hoitajan näkökulmasta. Kehittämisehdotuksena nousevat myös sopivan kipumittarin etsiminen ja käyttöön ottaminen. Suomessa on korkea kirjaamisen taso, mutta koulutusta tarvitaan lisää potilaslähtöisyyden sekä rakenteisen kirjaamisen mahdollisuuksien hyödyntämiseen.

Asiasanat: kirjaaminen, sähköinen kirjaaminen, hoidon jatkuvuus

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree programme in Nursing and Health Care
Option of Nursing

MYRSKYRANTA, HANNELE:
Documentation and Continuity of Patient Care

Bachelor's thesis 40 pages, appendices 3 pages
March 2014

The purpose of this thesis was to describe a certain hospital's computerized patient documentation system from continuity point of view. The goal of this thesis was to make evident the present state of documentation and possible challenges of its development.

The approach of this thesis was qualitative. The theory part of the data was collected from literature. The data was collected from certain hospital's computerized medical records. In this thesis content analysis was used and it was deductive. The analysis of the data was based on the criteria of documentation, which were defined and described.

The results of the thesis are similar to those of previous studies. In these documentations the patient's view was insufficient or it was not documented at all. Multi-professional evaluations have valuable information about the patient. Medical treatment was documented in many different ways. The documentation of the effectiveness of medical treatments was poor. Nursing staff's documentation was descriptive and patient-centered. Documentation was done in real time or delayed.

Suggestions for further studies are improvement of documentation also from the patient's point of view. It is also important to document the effectiveness of medical treatment both from the patient's and nursing staff's point of view. It is important to find and actively use suitable scale of pain. The documentation level in Finland is high but more education is needed.

Key words: documentation, electric documentation, continuity

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	HOITOTYÖN KIRJAAMINEN	6
2.1	Potilasasiakirja, potilaskertomus ja hoitosuunnitelma.....	6
2.2	Kirjaaminen	9
2.3	Tiedon merkitys potilaan hoidossa	10
2.4	Hoidon jatkuvuus	11
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE.....	13
4	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	14
4.1	Kvalitatiivinen menetelmä	14
4.2	Aineiston keruu	15
4.3	Aineiston analyysi.....	16
5	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	18
5.1	Riskitiedot.....	18
5.2	Hoitosuunnitelma, hoito- ja kuntoutussuunnitelma	18
5.3	Väliarviot ja testit.....	20
5.4	Lääkehoito	21
5.5	Komponentit ja kirjaaminen	23
6	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	25
6.1	Tulosten tarkastelua	25
6.2	Luotettavuus ja eettisyys.....	29
6.3	Pohdinta ja kehittämis ehdotukset	31
	LÄHTEET.....	35
	LIITTEET	38
	Liite 1. Saatekirje	38
	Liite 2. Suostumuslomake	39
	Liite 3. Sairaalan yhteisesti sovitut kirjaamisen komponentit.....	40

1 JOHDANTO

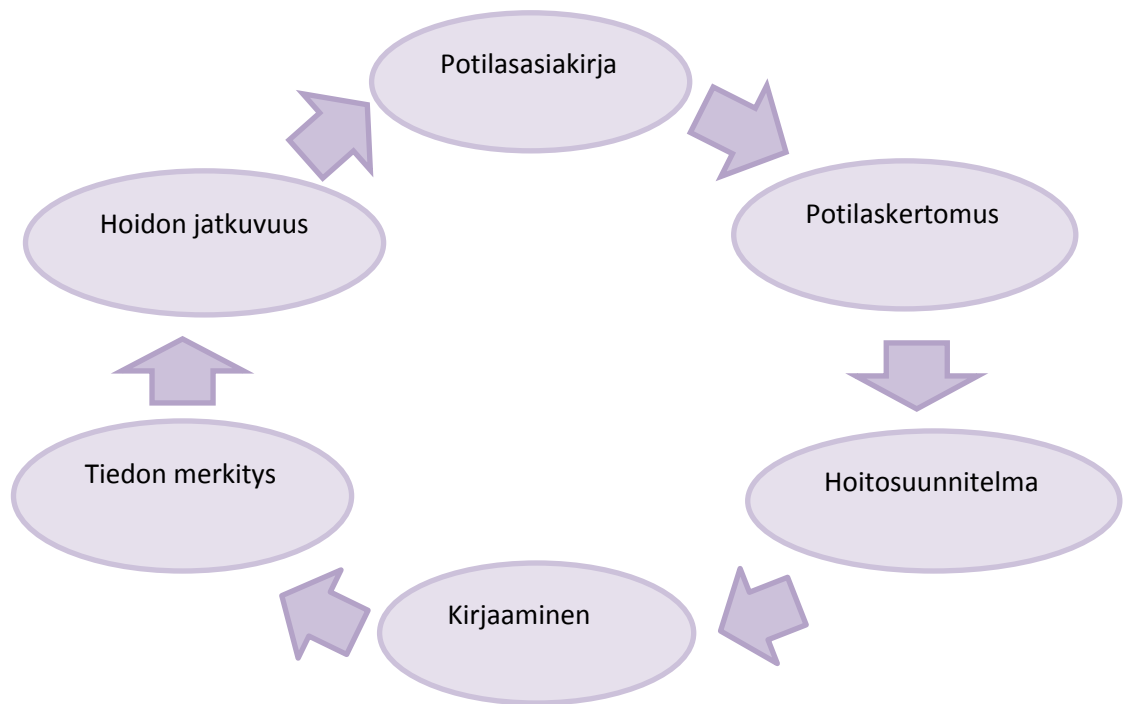
Tiedolla on erittäin suuri merkitys potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa. Kirjatulla tiedolla on erityisesti merkitystä potilaan päivittäisessä hoidossa. Hoitotietojen pitää olla käytettävissä viiveettä niitä tarvitsevilla. Tämä edellyttää kirjaamiselta yhdenmukaisuutta ja samanrakenteisuutta. (Saranto & Sonninen 2008, 12.) Hoitotyön kirjaamisen sisältö on erityisen tärkeää potilaan hoidon jatkuvuuden takaamiseksi. Kirjaaminen on tärkeää myös potilaan ja häntä hoitaneiden ammattihenkilöiden oikeusturvan kannalta. On erittäin tärkeää, että kaikki potilaan hoitoon tarvittava tieto on saatavilla ja reaaliajassa. Jokainen hoitoalalla työskentelevä voi vaikuttaa kirjaamisen sisältöön ja kehittää sitä paremmaksi työvälineeksi potilaiden hoidon jatkuvuuden takaamiseksi.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää hoitotyön sähköisen kirjaamisen nykytilaa tietyssä sairaalassa, jossa on käytössä Pegasos-potilastietojärjestelmä. Tässä sairaalassa otettiin käyttöön rakenteinen kirjaaminen tammikuussa 2013. Kirjaamisesta oli työnantajan järjestämä kertaluontoinen koulutus. Hoitohenkilökunnalle se merkitsi muutosta sekä erilaista tapaa kirjata potilasasiakirjoihin aiemman täysin vapaamuotoisen tekstin sijaan. Opinnäytetyön aihe nousee työelämästä ja siitä kokemuksesta, mitä sähköisiin potilasasiakirjoihin kirjataan. Koen aiheen erittäin tärkeäksi ja minua opinnäytetyön tekijänä on aina kiinnostanut kirjaaminen, sen sisältö ja aiheen ajankohtaisuus. Pohdin usein, ovatko hoitotyön kirjaukset laadullisesti sellaisia, että potilaan hyvä hoito ja hoidon jatkuvuus pystytään takaamaan.

Sähköiset potilastietojärjestelmät kehittyvät koko ajan, ja se tuo haasteita hoitoalalla työskenteleville sekä työnantajille. Suomeen rakennetaan valtakunnallista Kansallista Terveysarkistoa, Kanta-arkistoa. (KanTa 2014.) Se on yhteinen nimitys terveydenhuollon, apteekkien ja kansalaisten valtakunnallisille tietojärjestelmäpalveluille, jossa potilasasiakirjat ovat sähköisessä muodossa. Hoitotyön kirjaaminen ja sen sisältö nousevat tässäkin avainasemaan. Ahosen ym. (2012, 49) mukaan hyvän kirjaamisen perusteella pystytään selkeämmin arvioimaan potilaan tilanne ja sitä paremmin pystytään myös ratkaisemaan se, miten häntä tulee hoitaa.

2 HOITOTYÖN KIRJAAMINEN

Valitsin hoitotyön teoreettisiksi lähtökohdiksi käsitteet potilasasiakirja, potilaskertomus, hoitosuunnitelma, kirjaaminen, tiedon merkitys ja hoidon jatkuvuus. Teoreettiset lähtökohdat on esitelty alla (kuvio 1).



KUVIO 1. Teoreettiset lähtökohdat

Käsitteet on valittu jakamalla opinnäytetyön aihe tärkeimpiin osa-alueisiin, jotka liittyvät potilaan hoitotyön kirjaamiseen ja hoidon jatkuvuuteen.

2.1 Potilasasiakirja, potilaskertomus ja hoitosuunnitelma

Potilasasiakirja tarkoittaa potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytettäviä, laadittuja tai saapuneita asiakirjoja tai teknisiä tallenteita, jotka sisältävät hänen terveydentilaansa koskevia tai muita henkilökohtaisia tietoja (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992). Potilasasiakirjojen tehtävä on palvella potilaan hoidon suunnittelua, toteutusta ja arviointia sekä edistää hoidon jatkuvuutta (Ikonen 2007, 9). Potilasasiakir-

jojen avulla toteutuu jatkuvuuden periaate potilaan siirtyessä toimintayksiköstä toiseen (Ikonen 2007, 33). Potilasasiakirjoihin merkittävät perustiedot ovat potilaan nimi, syntymäaika, henkilötunnus, kotikunta, yhteystiedot sekä terveydenhuollon toimintayksikön tai itsenäisesti ammattiaan harjoittavan terveydenhuollon ammattihenkilön nimi. Merkinnän tekijän nimi, asema ja ajankohta tulee näkyä potilasasiakirjassa. Saapuneiden tietojen osalta merkitään saapumisaikajankohta ja lähde. (Asetus potilasasiakirjoista 298/2009.) Potilasasiakirjojen käsittelyä, laadintaa, säilytystä ja hävittämistä koskevat omat säädöksensä ja ohjeistuksensa (Koivisto 2013).

Potilaskertomus tarkoittaa terveydenhuollon toimintayksikön ja itsenäisesti ammattiaan harjoittavan terveydenhuollon ammattihenkilön jokaisesta potilaastaan jatkuvaan muotoon laadittua aikajärjestyksessä etenevää kertomusta (Vesaluoma 2011). Potilaskertomus on keskeinen asiakirja hoitotietojen välityksessä, josta ilmenee potilaan suunniteltu ja toteutunut hoito sekä hoidon antaja (Saranto & Ikonen 2008, 157). Potilaskertomus on dokumentti potilaalle annetusta hoidosta, ohjauksesta, neuvonnasta, kuntoutuksesta sekä tehdyistä tutkimuksista. Potilaskertomuksen tehtävänä on potilaan elämän itsehallinnan tukeminen. Potilaskertomus on hoitotiimin työväline hoitoyhteistyön hallintaan, asiakasulottuvuuden hallintaan, aikaulottuvuuden hallintaan ja oman työn hallintaan. Potilaskertomus on myös lääketieteellisen ja sairaanhoidollisen opetuksen ja tutkimuksen apuväline sekä palvelujen suunnittelun ja ohjauksen väline. Potilaskertomuksen on täytettävä tietosuojan vaatimukset. (Ikonen 2007, 9–10.)

Sähköinen potilaskertomus tarkoittaa potilaan tietojen kirjaamista systemaattisesti ja rakenteisesti. Systemaattisuus tarkoittaa sitä, että on sovittu mitä kirjataan (sisältö) ja miten kirjataan (rakenne). Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen tarkoittaa potilaan hoidon kuvaamista sähköisissä potilastietojärjestelmissä hoidollisen päätöksenteon vaiheiden mukaan. (Saranto & Sonninen 2008, 12–14.) Hoidollisen päätöksenteon vaiheet ovat hoidon tarpeen määrittäminen, hoidon suunnittelu, hoidon toteutus ja hoidon arviointi (Pegasos-ohje 2012, 2). Kirjaaminen koostuu rakenteisista ydintiedoista, termistöistä sekä niitä täydentävistä kertovista teksteistä. Nämä sovitut asiat tavoittelevat kirjaamiskäytäntöjen standardointia eli vakiointia. Tarkoituksena on edistää hoitotietojen käyttöä potilaan parhaaksi. (Saranto & Sonninen 2008, 12–14.)

Ydintiedoilla tarkoitetaan potilaan terveyden- ja sairaanhoidon tietoja. Ydintiedot potilaskertomuksessa ovat potilaan tunnistetiedot, hoidon antajan tunnistetiedot, hoitojakson ja tapahtuman tunnistetiedot, ongelmat ja diagnoosit, terveyteen vaikuttavat tekijät, fysiologiset mittaukset, hoitotyön ydintiedot, toimintakyky, lääkehoito, tutkimukset, toimenpiteet, apuvälineet, elinluovutustestamentti, hoitotahto, suostumus, yhteenveto, jatkohoidon järjestämistä koskevat tiedot sekä lausunnot. (Ahonen ym. 2012, 46.) Potilaan tietoja kirjataan hyödyntäen luokituksia, nimikkeistöjä ja koodistoja. Valtakunnallisella kirjaamiskäytännöllä huolehditaan, että terveystietojen tuottajien sähköiset potilastietojärjestelmät (esim. Miranda, Pegasos, Effic) ovat yhteensopivia ja tietoturvallisia järjestelmiä. Tavoitteena on potilasturvallisuus, tehokkuus ja potilaan tiedonsaantimahdollisuuksien lisääminen. (Vesaluoma 2010.)

Suunnitelmalla tarkoitetaan etukäteen tehtäviä valmisteluja. Suunnitelmaan ja suunnitteluun liittyy harkintaa. Suunnitelma voi olla myös ehdotelma tai ohjelma siitä, miten jokin asia toteutetaan. (Ikonen 2007, 14.) Hoitosuunnitelma tarkoittaa tietyn hoitoketjun tai prosessin toteuttamista varten tehtyä asiakaskohtaista suunnitelmaa, jossa kuvataan suunnitellut hoitotapahtumat (Ikonen 2007, 14). Hoitosuunnitelma tehdään yhdessä potilaan kanssa. Hoidon jatkuvuutta ilmentää hyvin tehty hoitosuunnitelma.

Hoitotyön kirjallisella suunnitelmalla tarkoitetaan kokonaiskuvausta saadusta hoitotyön palvelusta. Hoitosuunnitelmaa voidaan pitää systemaattisena tiedon kokoelmana, joka sisältää potilaan terveydentilaa koskevia tietoja ja henkilötietoja. Hoitotyön kirjallisella suunnitelmalla luodaan edellytykset potilaan hoidon joustavalle etenemiselle ja jatkuvuudelle. Hoitotyön kirjallisella suunnitelmalla turvataan hoitoa koskeva tiedon saanti. Hoitotyön suunnitelmaan sisältyvät esitietojen hankinta, tarpeenmäärittely, ongelmien priorisointi, tavoitteiden määrittäminen, auttamiskeinojen valinta sekä kaikissa näissä vaiheissa tapahtuva arviointi. Hoitojakson päättyessä hoitotyön suunnitelmaan tehdään yhteenveto tai tiivistelmä arvioivasti kirjoitettuna. (Ikonen 2007, 15.)

2.2 Kirjaaminen

Kirjaamisella tarkoitetaan nykysuomen sanakirjan mukaan merkitsemistä, panna tai viedä kirjaan, kirjoihin, myös luettelointia. Kirjaamisesta käytetään myös englannin kielestä johdettua sanaa (documentation), eli dokumentointi. (Kaakinen 2002, 4.) Hoitotyön kirjaaminen tarkoittaa hoitohenkilökunnan suorittamia merkintöjä sähköisesti potilasasiakirjoihin. Kirjaamisen tehtävä on tukea potilaan saamaa hoidon laatua ja turvata hoitoa koskevaa tiedonsaantia tuottamalla luotettavaa tietoa potilaan hoidosta. Kirjaaminen varmistaa hoidon toteutuksen ja seurannan sekä edistää hoidon jatkuvuutta. Kirjaaminen toimii tiedonvälittäjänä hoitoon osallistuvien välillä. Kirjaamisen toteuttaminen vaatii hoitohenkilöstöltä tietoutta hoitotyön päämäärästä sekä näkemystä perustetävästään.

Kirjaamisella on keskeinen merkitys näyttöön perustuvassa hoitotyössä ja se toimii päätöksenteon pohjana ja perusteena. Kirjaamisen tuloksena saadaan validia ja luotettavaa näyttöä hoitamisesta sekä saadaan hoitotyö näkyväksi. (Leino 2004, 3–4.) Hoitotyön kirjaamista on usein pidetty vaikeana, toissijaisena ja aikaa vievänä tehtävänä, mutta tietoon jota ei ole kirjattu, ei voi oikeusturvan näkökulmasta varmuudella luottaa. Kirjaamisella turvataan sekä potilaan että hoitotyön tekijän oikeuksia ja hoitotyön dokumentointi on kirjallinen näyttö toteutuneesta hoitotyöstä. (Tanttu 2008, 129.)

Hoitotyön kansallinen sähköinen kirjaamismalli perustuu WHO:n päätöksenteon prosessimalliin, sähköiseen kirjaamiseen sekä rakenteiseen kirjaamiseen. Professori Virginia Saba on kehittänyt Clinical Care -luokituksen ja sen Suomalainen vastine on FinCC (Finnish Care Classification), joka muodostuu Suomalaisesta hoidon tarveluokituksesta (SHTal), eli hoidon tarve ja tavoitteet, suomalaisesta hoitotyön toimintoluokituksesta (SHToL), eli suunnitellut toiminnot ja toteutus, sekä suomalaisesta hoidon tuloluokituksesta (SHTuL), eli hoidon tulokset. (Iivanainen & Syväoja 2012, 15.)

Hoitotyön kirjaamista säätelevät erilaiset lait ja asetukset. Keskeisempiä niistä ovat henkilötietolaki (523/1999), laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007), terveydenhuoltolaki (1326/2010), sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (298/2009) sekä asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta (341/2011). Lain ja asetusten mukainen tiedonhallinta tar-

koittaa, että tietoa saavat oikeat henkilöt, tieto saadaan oikealla hetkellä ja se on riittävän laajaa ja ajankohtaista. Lainsäädännön tehtävä on huolehtia myös siitä, että toiminnassa ja päätöksenteossa käytetään vain sellaisia tietoja, jotka ovat tarpeellisia ja virheettömiä. (Ahonen ym. 2012.)

2.3 Tiedon merkitys potilaan hoidossa

Informaatio tarkoittaa siirrettyä tai viestittyä dataa, johon liittyy merkitys, tulkinta tai rakenne. Informaatio muodostuu tiedoksi, kun ihminen prosessoi sen osaksi omaa tiedollista rakennettaan, jolloin se on ymmärrettävissä, omaksuttavissa ja perusteltua. Ihmisen omakohtaisesti prosessoima tieto on myös kontekstisidonnaista. Tiedosta tulee informaatiota, jos se erotetaan kontekstistaan. Tieto muuttuu ymmärrykseksi kokemuksen kautta, kun siihen liitetään selityksiä, miksi jokin asia on tietyllä tavalla ja miten se kytkeytyy laajempaan kokonaisuuteen. Viisaudesta puhutaan silloin, kun tietoon kuuluu filosofisia elementtejä etiikan tai tietoteorian aloilta. Viisauteen katsotaan kuuluvan näkemys asioiden laajemmista yhteyksistä, merkityksistä, tiedon hankintatavoista ja luotettavuudesta. Viisautta on sekin, että tietää, milloin ja miten käyttää tietoa. Jokainen ammattiryhmä tulkitsee, omaksuu ja yhdistää tietoa omaan kokemukseensa eri tavalla. (Saranto 2008, 20–21.)

Tiedolla on keskeinen merkitys terveydenhuollossa. Tiedon etsiminen, käyttö, välittäminen ja tallentaminen ovat osa hoitotyötä. Tiedon hankinta potilaasta on ammatillisen päätöksenteon lähtökohta (Ikonen 2007, 10). Tieto ei aina välttämättä siirry potilaan hoitoketjujen eri osien välillä. Puutteellinen tai väärä tieto saattaa vahingoittaa potilasta monin tavoin. Organisaatioiden välillä kulkeva tiedon esteetön ja oikea-aikainen saatavuus on yksi laadukkaan ja turvallisen hoidon edellytys. Toiminnan perustuessa parhaaseen olemassa olevaa tietoon on hyvä, laadukas ja turvallinen hoito toteutettavissa. (Huovila 2007, 4.)

Potilaaseen liittyvä informaatio tulee olla saatavilla koko ajan, kaikkialla ja eheänä. Mikäli tarvittavaa tietoa ei ole saatavilla, se vaikeuttaa terveydenhuollon ammattilaisten tekemää työtä oleellisesti. Merkittävä osa potilaan hoitoa on potilaan tietojen kokonaisuuden hallinta ja tiedon siirto. Hoidon jatkuvuuden ja sujuvuuden edellytys on katkeamaton tiedonkulku. (Huovila 2007, 13.) Tiedon välittämisen onnistumiseksi tarvitaan

viestintää. Viestinnän peruselementit ovat viestin lähettäjä, viestintäkanava, viestin vastaanottaja ja itse viesti. Potilaan hoitamiseen sisältyy runsaasti viestintää, joka edellyttää kaikkien näiden osatekijöiden ottamista huomioon. Hyvän hoidon toteuttaminen on riippuvainen käytettävissä olevan tiedon laadusta, mutta tiedon käyttö tarvitsee myös aktiiviset lähettäjät, tehokkaat kanavat ja joustavat vastaanottajat. Hoitajilla on merkittävä rooli tiedon välittämisessä ja siirtämisessä heidän hoitaessaan itse tai koordinoissaan muiden hoitoryhmän jäsenten hoitotyötä kaikkina vuorokauden aikoina. (Saranto & Ikonen 2008, 157.)

Rakenteisesti kirjattujen tietojen yhtenäisyys helpottaa potilasta koskevien tietojen hakua potilastietojärjestelmästä ja takaa yhtenäisen tiedon saatavuuden. Tietoa voidaan hakea yhtenäisten luokitusten, koodistojen ja otsikoiden avulla. Hoitotyön kirjaamisen lähtökohtana on saman tiedon kirjaaminen sovittuun kohtaan hoitokertomusta. Hoitotyön rakenteisista tiedoista voidaan saada raportteja ja tilastoja hoitotyön luokitusten käytöstä, hoitotyön prosessin vaiheista ja hoitoisuudesta. (Tanttu & Rusi 2007, 116.) Kirjaamisen rakenteisuus parantaa potilaan hoidon laatua kun tieto on esitetty rakenteisessa muodossa sekä terveydenhuollon ammattilaisen on helpompi hakea tietoa suuresta tietomäärästä (Huovila 2007, 30). Käytettäessä rakenteista kirjaamista hoitotyön kirjaamisen laatu ja taso paranee potilaan parhaaksi (Kinnunen ym. 2013, 32).

2.4 Hoidon jatkuvuus

Potilaan hoidon jatkuvuus voidaan määritellä siten, että potilaan hoidon jatkuvuuden turvaamisessa noudatetaan potilaan kanssa tehtyjä sopimuksia, hoitosuunnitelmaa ja sen osana tehtyä hoitotyön suunnitelmaa, jotta potilas on jatkuvasti tietoinen tilanteestaan (Eloranta 2006, 12). Hoitosuunnitelman tekeminen ja sen kirjaaminen turvaavat hoidon jatkuvuutta, sekä sitouttavat potilasta omaan hoitoonsa silloin, kun se on tehty yhdessä potilaan kanssa. Tässä tietyssä sairaalassa, johon opinnäytetyö tehdään, potilaan kanssa tehdään hoitosuunnitelman lisäksi moniammatillinen hoito- ja kuntoutussuunnitelma. Potilaan asioita käsitellään Suomalaisen hoidon tarveluokituksen mukaisesti, eli kartoitetaan potilaan hoidon tarve, tavoitteet, sekä suunnitellaan toiminnot. Hoito- ja kuntoutussuunnitelma tehdään 1–3 päivän kuluttua potilaan hoitojakson alkamisesta. Hoito- ja kuntoutussuunnitelmaa arvioidaan säännöllisesti ja arvioinnin ajankohta sovitaan hoito- ja kuntoutussuunnitelma palaverissa.

Potilaan hoidon jatkuvuuteen ja turvallisuuteen vaikuttavat potilastietojärjestelmään tehdyt kirjaamiset. Päivittäisen kirjaamisen lisäksi hoidon jatkuvuutta turvaavat lääkelistojen selkeys, ymmärrettävyys ja ajantasaisuus. Lisäksi kertomus-, diagnoosi- ja laboratorionäkymien selkeys ja helppolukuisuus vaikuttavat hoidon jatkuvuuteen sekä potilasturvallisuuteen. Saumaton ja luotettava tiedonsiirto on myös tärkeä osa potilaan hoidon turvallisuutta (Ahonen ym. 2012, 44). Hoidon jatkuvuus merkitsee hoitajalle parhaan ajantasaisen tiedon saamista potilaasta. On tärkeää, että hoitaja tietää ja ymmärtää potilaan terveyden tilan. Potilasturvallisuus sekä hoidon laatu paranee ajantasaisen tiedon myötä. Hyvä kirjaaminen, hoidon ajantasaisuus ja jatkuvuus herättävät myös luottamusta potilaassa ja hänen omaisissaan. Hyvän kirjaamisen perusteella pystytään selkeämmin arvioimaan potilaan tilanne ja sitä paremmin pystytään myös ratkaisemaan se, miten häntä tulee hoitaa (Ahonen ym. 2012, 49).

Hoidon jatkuvuus merkitsee potilaalle ja hänen omaisilleen sitä, että potilaan lisäksi hänen asioistaan ja suunnitelmistaan tiedetään sekä tiedot ovat ajantasaisia. Potilaan ei tarvitse toistaa asioitaan, ja se herättää luottamusta ja turvallisuuden tunnetta. Hoidon jatkuvuutta on sekin, että potilasta hoitavat samat hoitajat, jotka ovat tietoisia hänen asioistaan.

Potilasturvallisuus on keskeinen ja tärkeä osa laadukasta ja vaikuttavaa hoitoa. Turvallinen hoito toteutetaan oikein, oikeaan aikaan ja siinä hyödynnetään potilaan olemassa olevia voimavaroja ja vaikuttavia menetelmiä parhaalla mahdollisella tavalla. Turvallisen hoitotyön yksi kriittisimmistä kohdista on potilaan siirtyminen yksiköstä toiseen. Ajantasaisella, oikealla ja riittävällä tiedon siirtymisellä on suuri merkitys potilaan hyvän ja turvallisen hoidon jatkuvuuden kannalta. (Ahonen ym. 2012, 60–63.) Jatkohoidon toteuttajan on tärkeää saada tietoa potilaan sairauksista, tilasta sekä hoito- ja kuntoutussuunnitelmasta, jotta suunnitellut hoidot eivät keskeydy (Hovilainen-Kilpinen & Oksanen 2011, 361).

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata erään tietyn sairaalan sähköisen potilas-tietojärjestelmän kirjaamisen nykytilaa hoidon jatkuvuuden näkökulmasta.

Opinnäytetyön tehtävä: Miten hoidon jatkuvuus ilmenee sähköisessä kirjaamisessa?

Opinnäytetyön tavoitteena on tuoda näkyväksi hoitotyön kirjaamisen nykytila hoidon jatkuvuuden näkökulmasta sekä mahdolliset kehittämishaasteet.

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

4.1 Kvalitatiivinen menetelmä

Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa lähtökohtana on ihminen, hänen elämänpiirinsä sekä niihin liittyvät merkitykset (Kylmä & Juvakka 2007, 16). Laadullisella tutkimuksella pyritään kuvaamaan jotain ilmiötä tai tapahtumaa, ymmärtämään tiettyä toimintaa tai antamaan teoreettisesti mielekäs tulkinta jollekin ilmiölle (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85). Laadullisella tutkimusmenetelmällä toteutetussa tutkimuksessa tutkimusaineiston kokoa ei säätele määrä, vaan laatu (Vilkka 2005, 126).

Käytän opinnäytetyössäni kvalitatiivista eli laadullista menetelmää. Opinnäytetyössäni tarkastelen sitä, miten teoria ilmenee potilaiden kirjaamisteksteissä. Teorialähtöisessä sisällönanalyysissä lähdetään liikkeelle teoriasta. Tutkimus nojaa lähtötilanteessa jonkun auktoriteetin teoriaan, malliin tai ajatteluun. Teoria ja aiemmat tutkimukset aiheesta ohjaavat vahvasti sisällönanalyysin käsitteiden ja luokitusten määrittelyä tutkimusaineistosta. Teorialähtöisessä sisällönanalyysissä tavoitteena on tutkittavien antamien merkitysten avulla uudistaa teoreettista käsitystä tai mallia tutkittavasta asiasta. Aineistolähtöinen analyysi kuvaa tutkittavien merkityksmaailmaa, ja tavoitteena on tutkittavien toiminta- ja ajattelutapojen ymmärtäminen ja uudistaminen tutkimuksessa muodostuneiden käsitteiden, luokitusten tai mallien avulla. (Vilkka 2005, 140–141.)

Opinnäytetyössä käytän deduktiivista menetelmää. Päättelyn lähtökohtana ovat teoria tai teoreettiset käsitteet, joiden ilmenemistä tarkastellaan käytännössä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167.) Deduktiivisessa menetelmässä johdetaan yleisistä havainnoista yksittäinen (Kylmä & Juvakka 2007, 23).

4.2 Aineiston keruu

Opinnäytetyön aineisto kerättiin tietyistä sairaalasta, tietyltä osastolta, jossa on käytössä hiljainen raportointi. Osastolla oli 31 potilasta. Työelämäpalaverin ja opinnäytetyön suunnitelman hyväksymisen jälkeen anoin tutkimuslupaa sairaalahoidon päälliköltä. Tutkimuslupa myönnettiin sillä perusteella, että potilailta anottaisiin kirjallisesti suostumusta opinnäytetyöhön eikä asiakirjoja tulostettaisi tietosuojan vuoksi. Tutkimusluvan myöntämisen jälkeen laadin saatekirjeen (liite 1) sekä suostumuslomakkeen potilaita varten (liite 2). Joulukuussa kävin keskustelemassa vastaavan osaston hoitajan kanssa, ja tammikuun alussa oli tiedossa kymmenen potilasta, joilta voisi anoa suostumusta opinnäytetyötä varten. Potilaat oli valittu sen perusteella, että he pystyivät vastaamaan itse opinnäytetyöhön osallistumisesta. En tuntenut potilaita entuudestaan. Kävin tapaamassa potilaita henkilökohtaisesti, kerroin heille opinnäytetyöstäni ja anoin heiltä kirjallisesti lupaa käyttää heidän asiakirjojaan.

Aineiston teoriaosuus kerättiin kirjallisuudesta. Potilailta saadun kirjallisen suostumuksen jälkeen aloin tutkia potilasasiakirjoja. Luin kahden potilaan koko aineiston läpi. Se osoittautui niin suureksi, että aineisto olisi ollut hankalaa käsitellä ilman rajausta. Hoitotyön dokumenttien tarkastelua varten laadittiin kirjaamisen kriteerit (taulukko 1), joiden esiintyvyyttä tarkasteltiin toteutuneen hoitotyön kirjauksista. Kriteerit kuvaavat hoidon jatkuvuutta aineistossa. Kaikkien potilaiden kirjauksia tarkasteltiin saman taulukon avulla. Arviointilomakkeen, joka on johdettu ennalta määritellyistä kriteereistä, pitää olla selkeä ja yksiselitteinen. Kun kaikki hoitotyön kirjatukset arvioidaan samoilla kriteereillä, on sisällönanalyysi systemaattista ja luotettavaa. (Hallila 2005, 115.)

Aineistoa lukiessani havaitsin, että rajauksen tekeminen ei muuta opinnäytetyön tehtävää kartoittaa hoidon jatkuvuuden ilmenemistä sähköisessä kirjaamisessa. Rajauksen vuoksi aineisto ei jäänyt tekijälleen etäiseksi, vaan siitä muodostui selkeämpi ja laadukkaampi kokonaisuus. Aineisto kerättiin kuuden sattumanvaraisesti valitun potilaan asiakirjoista 1.11.2013–1.1.2014 väliseltä ajalta. Hoitajat saivat tiedon opinnäytetyöstä 2.1.2014. Tällä varmistettiin, että jo kirjattuun sisältöön ei voitu enää jälkeenpäin vaikuttaa.

TAULUKKO 1. Hoidon jatkuvuuden kriteerit

Riskitiedot
Riskitietojen löytyminen potilasasiakirjoista
Hoitosuunnitelma, hoito- ja kuntoutussuunnitelma
Löytyminen potilasasiakirjoista, ajantasaisuus, laadullisuus
Väliarviot ja testit
Moniammatillisuus, ajantasaisuus, jatkuvuus, arviot edellisestä hoitopaikasta, erilaiset testit
Lääkehoito
Lääkemääräysten selkeys, lääkelistojen selkeys, ajantasaisuus, ymmärrettävyys, tarvittaessa annettujen lääkkeiden kirjaaminen reaaliajassa sekä vaikuttavuuden kirjaaminen potilaan ja hoitajan näkökulmasta
Komponentit ja kirjaaminen
Oikeiden komponenttien käyttö, kirjaamisen sisältö, kirjaamisen ajankohta, jatkohoito sekä jatkohoitoon liittyvät kirjaukset

Näiden kriteerien avulla pystyin rajaamaan aineistosta opinnäytetyötäni koskevat asiat. Sairaalassa oli käytössä esimiesten yhdessä sovitut kirjaamisen komponentit (liite 3). Sovittujen komponenttien lisäksi jokaiselle potilaalle lisättiin tarvittavia komponentteja, ja jokaisen potilaan kohdalle oli hoidon tarve kirjattava auki eli tehtävä hoitosuunnitelma.

4.3 Aineiston analyysi

Sisällönanalyysi on yleisimmin käytetty metodi laadullisessa tutkimuksessa. Sisällönanalyysiä pidetään perusanalyysimenetelmänä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisissa tutkimuksissa. Menetelmää voidaan käyttää yksittäisenä metodina analyysissa. Sisällönanalyysillä tarkoitetaan kirjoitettujen, kuultujen ja nähtyjen sisältöjen analyysia. Analyysimenetelmällä pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä ja yleistetyssä muodossa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91, 103.) Ensin valitaan analyysiyksikkö, joka voi olla yksittäinen sana tai teema. Tätä ennen on päätettävä, mitä ja miten aineistoa analysoidaan. Analyysiyksikkö voi olla laaja ja käsittää useita lauseita monine merkityksineen. Tutkijan tehtävä on saada selvää aineistostaan ja siitä, mitä kokonaisuudessa tapahtuu. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 168.)

Tässä opinnäytetyössä käytettiin sisällönanalyysii, joka tehtiin teorialähtöisesti eli deduktiivisesti. Aineiston analyysin luokittelu perustuu aikaisempaan viitekehykseen, käsitekarttaan, teoriaan tai malliin, joka kuvaillaan tutkimuksessa ja määritellään sen mukaan tutkimuksessa kiinnostavat käsitteet. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 113.) Tässä opinnäytetyössä sellaisen muodostivat hoidon jatkuvuuden kriteerit (taulukko 1), joiden avulla kartoitettiin kirjaamisen nykytilaa hoidon jatkuvuuden näkökulmasta sekä mahdollisia kehittämishaasteita. Aineistosta kerättiin vain kriteerien mukaisia asioita.

Aloin etsimään potilasasiakirjoista määrittelemieni kriteerien mukaisia asioita, jotka on esitelty taulukossa 1. Luin jokaisen potilaan asiakirjat yhden kerrallaan ja tein muistiinpanoja kriteerien pohjalta. Kaikista potilaista kirjasin muistiinpanoja Word-tekstinkäsittelyohjelman avulla ja tallensin muistitikulle omaan kansioonsa. Kerätessäni aineistoa tein samalla merkintöjä ja havaintoja asioista ja kirjoitin ideoitani muistiin myöhempää tarkastelua varten. Numeroin potilaat ja nidoin potilaiden muistiinpanot omiin aineistoihinsa lukemisen helpottamiseksi. Ketään potilasta ei voinut muistiinpanojeni perusteella tunnistaa. Säilytin muistiinpanojani osastolla lukitussa kaapissa henkilötietojen ja suostumuslomakkeen osalta, sekä opinnäytetyön loppuvaiheessa kotona asianmukaisessa paikassa.

Potilaskertomustekstejä aineistoon kertyi yhteensä 1673 kpl. Luin kaikkien potilaiden aineiston useita kertoja, rajasin kriteerien avulla ja kirjoitin aineistoa Word-ohjelmalla muistitikulle. Aineistoa kertyi rajauksen jälkeen yhteensä 41 sivua. Luin aineistoa uudelleen, tiivistin vielä lisää kriteerien mukaisesti, ja aineistoa kertyi yhteensä 17 sivua. Luin aineiston uudelleen, valitsin värit kriteerien mukaisille kirjauksille ja viivasin erivärisillä kynillä potilaiden aineistoa yhteen. Lopuksi kokosin kriteerien avulla aineistosta nousevat tulokset yhteen ja kirjoitin ne niin, kuin ne aineistossa ilmenivät. Lopuksi tarkastelin tuloksia tutkittuun tietoon perustuvien tutkimusten avulla yhteneväisemmäksi kokonaisuudeksi.

5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Opinnäytetyön tulokset esitetään hoidon jatkuvuuden kriteerien kautta.

5.1 Riskitiedot

Potilaan riskitietoihin oli merkitty esimerkiksi erilaiset lääkeherkkydet ja erilaiset allergiat, Marevan lääkitys, kosketuseristys sekä DNAR -päättös yhdessä potilaan kanssa. Yhdellä potilaalla ei ollut riskitietoihin merkittäviä huomioitavia asioita. Viiden potilaan riskitiedot löytyivät kirjattuina potilastietojärjestelmästä.

5.2 Hoitosuunnitelma, hoito- ja kuntoutussuunnitelma

Neljälle potilaalle oli tehty RAI-arvion pohjalta hoitosuunnitelma. Kahdella potilaalla oli lisäksi tehty hoitosuunnitelma uudelleen, kun potilaan vointi oli oleellisesti muuttunut. Hoitosuunnitelma oli siis ajantasainen. Hoitosuunnitelmassa ilmeni potilaan kognitio, liikkuminen, mieliala, ruokavalio, hygienia, erityys, kuulo, näkö, kipu, sosiaalinen kuntoutus, viriketoiminta sekä tavoitteita hoitojaksolle. Hoitosuunnitelmissa oli yleisesti hyvää kirjausta potilaan avun tarpeesta ja tavoitteista, mihin hoitojaksolla pyritään. Keinoja, millä tavoitteisiin päästään, ei ollut kirjattu. Potilaiden näkemystä hoitosuunnitelmissa ei tullut esiin, ei myöskään sitä olivatko potilaat olleet mukana hoitosuunnitelmien teossa. Hoitosuunnitelmissa ilmenee hyvin potilaiden päivittäiseen hoitamiseen liittyviä asioita seuraavalle hoitajalle. Kahdelta potilaalta hoitosuunnitelma puuttui kokonaan.

Esimerkkejä hoitosuunnitelmien kirjauksista:

Kognitio vaihtelee päivittäin. Aloitekykyä jonkin verran jäljellä. Tarvitsee paljon apua ja ohjausta päivittäisissä toimissa.

Rollon turvin liikkuu välillä itsekseen, mutta huimauksen vuoksi tarvii usein saat-tajaa.

Tarvitsee apua hygienian hoidossa ja pukeutumisessa.

Tavoitteena hyvä haavojen paikallishoito ja kuntoutus takaisin kotona asuvaksi. Tämä hänen oma toiveensa myös.

Ruokavalio normaali. Syö itse. Välillä huono ruokahalu. Lisäravinne käytössä.

Hoito- ja kuntoutussuunnitelma löytyi kaikilta potilailta, ja se oli tehty 1–3 päivän kuluessa potilaan saapuessa osastohoitoon. Kuntoutussuunnitelma tehtiin hoito- ja kuntoutuspalaverissa, joissa kaikissa oli läsnä potilas itse, omainen, omahoitaja, lääkäri, fysioterapeutti, sosiaalityöntekijä sekä tarvittaessa toimintaterapeutti. Hoito- ja kuntoutuspalaverissa tehtiin ja kirjattiin moniammatillista arviointia potilaan voinnista, potilaan omista toiveista, toimintakyvystä, avuntarpeesta, apuvälineiden tarpeesta, tavoitteista hoitojaksolle sekä arvioitiin tavoiteltua hoitoaikaa. Lisäksi kirjattiin mielialasta, tulevista tutkimuksista sekä lääkitysten aloituksista ja niihin liittyvistä asioista. Hoito- ja kuntoutussuunnitelmaa arvioitiin säännöllisesti kaikkien potilaiden kohdalla, ja seuraava arviointiajankohta oli kirjattu. Keinoja, joilla hoitojakson tavoitteisiin potilaan kanssa päästäisiin, ei ollut kirjattu.

Esimerkkejä hoito- ja kuntoutussuunnitelmista:

Tehty lääkemutoksia. Fysioterapeutti tekee potilaalle harjoitteita, lisäksi ohjattu osallistumaan viriketoimintaan. Kahden viikon kuluttua mietitään tilannetta uudestaan.

Keskusteltu potilaan jatkoista. Potilaalla lupa käydä jaksamisen mukaan kotilomalla. Potilaan toimintakyky alentunut edellisestä hoitojaksosta. Peruskipulääkitys vaikuttaisi olevan tällä hetkellä kohdillaan. Kivun arviointia kuitenkin säännöllisesti.

Potilas hyvin kuntoutunut sekä fyysisesti, että henkisesti osastojakson aikana, mutta entinen asunto kuitenkin jatkossa sopimaton.

5.3 Väliarviot ja testit

Jokaista potilasta arvioitiin kirjausten perusteella moniammatillisesti. Jokaiselta potilaalta löytyi väliarvioita omahoitajan, lääkärin, fysioterapeutin sekä sosiaalityöntekijän toimesta. Osalta potilaista lisäksi löytyi kirjauksia toimintaterapeutin toimesta. Eri ammattiryhmät arvioivat omalta osaltaan potilasta ja hänen asioitaan. Lisäksi löytyi yksi kirjaus lääkärinkierrolta, jossa arvioitiin potilaan kanssa hänen vointiaan ja kuntoutumisen tavoitteita.

Esimerkkejä fysioterapeutin tekemistä arvioista. Kuntoutuja on lyhennetty kirjauksissa lyhenteellä kja:

Kja nousee makuulta itsenäisesti istumaan nousutuen avulla. Istumatasapaino säilyy vuoteen reunalla tukeutumatta. Kja siirtyy itsenäisesti p- tuoliin.

Kja liikkuu osastolla ja muuallakin sairaalassa itsenäisesti rollaattorin turvin.

Kja on osallistunut aktiivisesti kuntosaliharjoitteluryhmään. Jatketaan kuntoutusta ryhmä, yksilö fysioterapia- ja kuntouttavan hoitotyön muotoina.

Kaikista potilaista löytyi kirjausten perusteella loppuarvio edellisestä hoitopaikasta ja niitä olivat kirjanneet lääkärit sekä hoitajat. Potilasasiakirjoista löytyi kaksi hoitajan kirjaamaa loppuarviota. Opinnäytetyössä ei ole esimerkkejä loppuarvioista potilaan yksityisyyden suojan takaamiseksi.

Potilaiden kanssa oli tarpeen mukaan tehty erilaisia testejä. MMSE-, ja CERAD-muistitestejä, GDS-15-mielialanseurantatestejä sekä MNA -ravitsemustestejä, jotka olivat merkitty kertomukselle selkeästi päivämäärineen. Testeissä oli lyhyitä kirjauksia tehdyistä huomioista ja testin kulusta.

Opinnäytetyössä ei ole esimerkkejä tehdyistä testeistä potilaan yksityisyyden suojan takaamiseksi.

5.4 Lääkehoito

Jokaisella potilaalla oli lääkelista sähköisessä potilastietojärjestelmässä. Lisäksi jokaisella potilaalla oli tulostettu lääkejakolista, joka sijaitsi lääkevälikössä omassa kansiossaan. Tämän tulostetun listan perusteella jaettiin lääkkeet potilaille. Saamieni tulosten mukaan kaikki tulostetut lääkelistat täsmäsivät sähköisen potilastietojärjestelmän lääkelistojen kanssa. Kaikki tulostetut lääkelistat olivat selkeitä, ajantasaisia ja ymmärrettäviä. Lääkelistatulosteisiin ei ollut tehty ylimääräisiä merkintöjä tai yliviivauksia.

Kaikilla potilailla oli kirjauksia tarvittaessa annetuista lääkkeistä. Kirjauksia löytyi tarvittaessa annetuista kipulääkkeistä sekä suolen toimintaa edistävästä lääkkeistä. Eniten löytyi kirjauksia tarvittaessa annetuista kipulääkkeistä sekä kirjauksia, joista ilmeni annettu lääke ja kellonaika. Toiseksi eniten löytyi kirjauksia, joista ilmeni annettu lääke, kellonaika ja syy mihin kipuun lääkettä on annettu. Kirjauksia löytyi, missä hoitaja on arvioinut potilaalle annetun kipulääkkeen vaikuttavuutta sekä kirjauksia, jossa hoitaja arvioi kipua, lääkitsee, mutta arvio lääkkeen vaikuttavuudesta puuttuu potilaan ja hoitajan näkökulmasta. Kirjauksia löytyi potilaan kokemuksesta kipulääkkeen vaikuttavuudesta sekä kirjauksia, minkä perusteella annetun kipulääkkeen oletettiin vaikuttaneen. Lisäksi löytyi kirjauksia, joissa hoitaja huomioi potilaan kivut, kirjauksista ei ilmene miten potilaan kipuihin vastattiin. Lisäksi löytyi kirjaus lääkkeenoton vaikeudesta sekä kirjauksessa kysymys voisiko vaihtaa toiseen valmistemuotoon sekä kirjaus, jossa sama kirjaaja oli kirjannut annetun lääkkeen kahteen kertaan lähes samalla kellonajalla. Lisäksi löytyi kirjaus potilaan saamasta lääkkeestä ennen varsinaista antoaikaa. Kirjauksesta ei ilmennyt, oliko potilaalle kerrottu asiasta tai aiheuttiko se muita toimenpiteitä. Lääkkeiden antoa kirjattiin reaaliajassa sekä viiveellä.

Esimerkkejä eniten löytyneistä kirjauksista:

Pyynnöistä kipuihin Oxynorm 15mg klo 08:30, kirjaus 08:26.

Pyysi ja sai Oxynorm 15mg klo 03:30, kirjaus 04:25.

Tarvittaessa Oxynorm 15mg p.o klo 08:55 yläselän alueen kipuun, kirjaus 08:56.

Esimerkkejä hoitajan arviosta annetun lääkkeen vaikuttavuudesta:

Lääkkeellä hyvä vaste.

Lääkkeellä ei mitään vastetta ollut.

Lääkkeellä huono vaste.

Esimerkkejä potilaan kokemuksesta annetun lääkkeen vaikuttavuudesta:

Sitä mieltä, että lääkkeestä ei ole mitään apua.

Lääke auttanut hieman potilaan kertoman mukaan vaivoihin.

Esimerkkejä kirjauksista joiden perusteella oletetaan kipulääkkeen vaikuttaneen:

Kipulääkkeen saatuaan nukkunut.

Nukkunut levollisesti.

Esimerkkejä hoitajan tekemistä huomioista kivun suhteen. Kirjauksista ei ilmene, miten potilaan kipuihin vastattiin.

Hoitajan huomiot potilaan kivusta:

Pikkupesut vuoteessa. Kovasti kipuilee.

Itkua tiherä, kun niin kipeä.

Lääkärin kirjauksia löytyi koskien kiputilojen seuraamista ja virtsauksen ja residuaalin mittausta. Kirjausten perusteella hoitajat kirjasivat paremmin potilaan oireita ja seuranta muistuttamisen jälkeen. Virtsanmittausta merkittiin vaihtelevasti hoitotyön kirjauksiin, mittausnäkömään tai molempiin. Yksi kirjaus löytyi toimintaterapeutin toimesta, jossa oli kirjattu potilaan tarvitsevan tukilastaa yöksi käteen. Kirjauksesta ei ilmennyt, tarvitsiko potilas tukilastan laitossa apua. Hoitotyön kirjauksista ei löydy merkintää tukilastan käytöstä neljään päivään toimintaterapeutin kirjauksen jälkeen.

5.5 Komponentit ja kirjaaminen

Kirjaamisen komponentteja käytettiin hyvin, ja pääosin asiasisällöt olivat oikeissa otsikoissa. Asiantuntijapalveluiden tarve komponentilla kirjasivat lääkäri, fysioterapeutti, sosiaalityöntekijä sekä toimintaterapeutti. Hoitajat kirjasivat rakenteisen kirjaamisen mukaan. Potilaille kirjattiin 3–11 komponentilla vuorokaudessa. Lisäksi löytyi kirjauksia, jossa kaikki vuoron kirjaukset olivat yhden komponentin alla. Lisäksi löytyi kirjauksia väärin komponenttien alla, tai ne eivät olleet kirjaamista kuvaavia. Lisäksi löytyi muutamia eri komponentteja kuin yleensä kirjauksissa oli käytetty.

Esimerkkejä vääristä komponenteista ja ei kuvaavista kirjaamisista:

Päivittäisiin toimintoihin liittyvä ohjaus:

Laitettu tippumaan Normofundin 1000ml.

Puhtaudesta huolehtiminen:

Lämpö laskusuunnassa.

Liikkumisessa avustaminen:

Liikkunut omatoimisesti p- tuolilla.

Wc-toimintojen turvaaminen:

Katetri toiminut.

Esimerkkejä eri komponenteista kuin yleensä kirjauksissa oli käytetty:

Nesteenantokanyylin puhdistus ja sen toimivuudesta huolehtiminen sekä terveyden edistämisen tukeminen.

Viiden potilaan kirjauksista puuttui vuorokohtaisia kirjauksia. Yhdeltä potilaalta puuttui yhteensä 12 kirjausta aamu- tai iltavuorosta tutkimuksen ajalta. Yhdeltä potilaalta puuttui aamu- ja iltavuoron kirjaus yhdeltä vuorokaudelta ja kirjauksen väli oli lähes vuorokausi (kirjaus klo 05:03, seuraava kirjaus klo 04:49). Yhdellä potilaalla puuttui yhdestä yövuorosta kirjaus. Kirjauksista löytyi muutamia valittuja komponentteja, joihin ei ollut kirjattu. Lisäksi löytyi muutamia päällekkäisiä kirjauksia, samoja asioita kahden eri hoitajan kirjaamana eri kellonajalla. Kirjaamista tehtiin reaaliajassa sekä viiveellä. Kirjaa-

minen sisältö oli tekemistä kuvailevaa. Kirjaamisista ilmeni, että enimmäkseen kirjataan mitä hoitaja tai potilas oli tehnyt.

Esimerkkejä hoitajan tekemiskeskeisestä kirjaamisesta:

Aamutoimet tehty wc:ssä.

Nivuset hoidettu ja tukisiteet poistettu.

Aamupesut vuoteessa. Haava hoidettu

Iltatoimet tehty sängyssä, vaippa oli kuiva, sekavuutta ollut.

Esimerkkejä potilaan tekemiskeskeisestä kirjaamisesta:

Omatoiminen.

Omatoimisesti käynyt suihkussa.

Lisäksi löytyi hoitajan kirjauksia potilaan kokemuksista ja tuntemuksista.

Esimerkkejä:

Vointiaan kuvaa ihan hyväksi. Ei kipuja tai pahoinvointia.

Kokee olonsa huteraksi.

Lisäksi löytyi kirjauksia potilaslähtöisesti kirjattuna ja josta ilmenee mihin potilas kykenee.

Esimerkiksi:

Itse pessyt kasvot ja kainalot ja siirtynyt vuoteessa ylöspäin.

Itse mitannut verensokerin.

Hoidon jatkuvuuden tarve -otsikkoa käytettiin pääasiassa erilaisten hoitoaikojen ja niihin liittyvien ohjeistusten kirjaamiseen, esimerkiksi hammaslääkäri ja erilaiset poliklinikkakäynnit. Lisäksi oli kirjattu kotilomaluvista ja niitä koskevista tarvikkeista, ohjeista sekä sopimuksista. Lisäksi oli kirjattu moniammatillisista työryhmistä koskien potilaan jatkohoitoa ja niiden ajankohdista sekä siitä, oliko omaisille ilmoitettu työryhmän ajankohta vai ilmoittaako potilas itse. Lisäksi oli kirjattu omaisten kanssa käydyistä keskusteluista, ajatuksista, mielipiteistä ja toiveista koskien potilaan hoitoa.

Esimerkiksi:

Ti (pv) klo. 09:00 TAYS kirurgian poliklinikka, lääkelista mukaan.

Potilaan kanssa keskusteltu. Omasta mielestään kokisi vointinsa olevan niin hyvä, että kotona pärjäisi.

6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelua

Opinnäytetyön tehtäväni oli selvittää, miten hoidon jatkuvuus ilmenee sähköisessä kirjaamisessa. Mielestäni opinnäytetyön tulokset vastaavat tehtävään hyvin. Sain vastauksia siihen, millainen on erään tietyn sairaalan sähköisen potilastietojärjestelmän nykytila hoidon jatkuvuuden näkökulmasta. Laadullisesta tutkimusmenetelmästä johtuen opinnäytetyöni tuloksia ei voi yleistää. Tuloksista voi kuitenkin saada käsitystä niistä kirjaamisen osa-alueista, jotka ovat hyvin ja joiden kehittämiseen kannattaa kiinnittää huomiota. Opinnäytetyö antaa tietoa kirjaamiskoulutus- ja kehittämistoimintaan sekä kirjaamisen suunnitteluun yksikötasolla. Opinnäytetyön tuloksia tarkastellaan aikaisemmin tehtyjen tutkimusten avulla.

Opinnäytetyön aineistosta kävi ilmi, että kaikkien potilaiden riskitiedot on merkitty asianmukaisesti. Potilaan riskitiedot ovat tärkeitä hoitajan huomioida ja tietää jokaisen potilaan kohdalta. Riskitietojen avulla voi tehdä hyviä, tärkeitä, ennaltaehkäiseviä ja ratkaisevia huomioita potilaasta. Lisäksi se lisää potilasturvallisuutta.

Neljälle potilaalle kuudesta on tehty RAI-avusteinen hoitosuunnitelma. Saamieni tulosten mukaan hoitosuunnitelmat ovat omahoitajan tekemiä. Lisäksi hoitosuunnitelmia on päivitetty potilaan voinnin muuttuessa omahoitajan toimesta. RAI-avusteiset hoitosuunnitelmat ovat kattavia erilaisten toimintojen suhteen, mutta potilaan näkökulma hoitosuunnitelmista puuttuu, eikä kirjauksista ilmene potilaan osallistuminen hoitosuunnitelman tekoon. Hoitosuunnitelmissa on hyvää kirjausta potilaan avun tarpeesta ja tavoitteista, mihin hoitojaksolla pyritään hoitajan näkökulmasta. Keinoja, joilla tavoitteisiin päästään, on heikosti kirjattu. Hoitosuunnitelmissa ilmenee hyvin potilaiden päivittäiseen hoitamiseen liittyviä asioita, jotka luettuaan hoitajan on helpompi saada käsitystä potilaasta, hänen asioistaan, ja siitä miten häntä tulee hoitaa.

Kaakisen (2002) tutkimuksen mukaan hoitosuunnitelma jää usein irralliseksi osioksi eikä sitä hyödynnetä hoitotyön toteutuksen kirjaamisessa. Lisäksi hoitotyön tavoitteet ja auttamismenetelmät kirjataan usein tavalla, jossa potilas ei ole toiminnan subjekti vaan objekti, vaikka tutkimusten mukaan potilaan omia voimavaroja vahvistamalla saadaan

parempia tuloksia hoidossa aikaan. Leinon (2004) tutkimuksen mukaan hoitosuunnitelma tehdään pääsääntöisesti hoitajan toimesta, jolloin potilaan omat tavoitteet jäävät kirjaamatta. Opinnäytetyössäni tulokset ovat samansuuntaisia ja hoitosuunnitelma on usein laadittu hoitajan näkökulmasta ja auttamismenetelmistä puuttuu arviointi.

Saamieni tulosten mukaan kaikkien potilaiden kanssa on tehty hoito- ja kuntoutus suunnitelma tavoiteaikaan mennessä. Kaikissa hoito- ja kuntoutussuunnitelmapalavereissa ovat olleet paikalla potilaan ja omaisen lisäksi moniammatillinen työryhmä. Hoito- ja kuntoutussuunnitelmapalavereissa on kirjattu hyviä arviointeja potilaan voinnista, potilaan omista toiveista, toimintakyvystä, avuntarpeesta, apuvälineiden tarpeesta, tavoitteista hoitojaksolle sekä arviointi tavoitellusta hoitoajasta. Lisäksi on kirjattu mielialasta, tulevista tutkimuksista sekä lääkitysten aloituksista ja niihin liittyvistä asioista. Hoito- ja kuntoutussuunnitelmaa on arvioitu säännöllisesti kaikkien potilaiden kohdalla, ja seuraava arviointiajankohta on kirjattu palaverin päätteeksi. Keinoja, millä hoitojakson tavoitteisiin potilaan kanssa päästään ei juuri ollut kirjattu.

Jokaiselta potilaalta löytyy kirjattuja väliarvioita hoitojakson aikana moniammatillisesti. Jokaiselta potilaalta löytyy väliarvioita omahoitajan, lääkärin, fysioterapeutin, sekä sosiaalityöntekijän toimesta. Osalta potilailta löytyy kirjauksia toimintaterapeutin toimesta.

Leinon (2004) tutkimuksessa hoidon välitavoitteet oli kirjattu puutteellisesti, tai väliarvioiden kirjaus oli vajavaista. Opinnäytetyössäni tulokset osoittavat, että väliarvioita tehdään säännöllisesti ja moniammatilliset arviot osoittautuvat erittäin hyviksi tiedon lähteiksi potilaan hoidon jatkuvuuden kannalta. Asiantuntijapalveluiden tarve komponentilla haettaessa, saadaan esimerkiksi kaikki lääkärin tekstit hoitotyön näkymään, jolloin voi hakea ja rajata sitä tietoa, mistä ollaan kiinnostuneita.

Kaikista potilaista löytyy kirjausten perusteella loppuarvio edellisestä hoitopaikasta. Loppuarvioita ovat kirjanneet lääkärit sekä hoitajat. Havaintojeni mukaan, nämä kirjaukset ovat erittäin tärkeitä potilaan hoidon jatkuvuuden, sujuvuuden sekä potilasturvallisuuden kannalta siirryttäessä hoitopaikasta toiseen. Potilaiden kanssa tarpeen mukaan tehdyt erilaiset testit antavat nekin osaltaan kuvaa potilaan tilanteesta. Kirjauksista näkee myös mitä testejä ja milloin niitä on tehty sekä lyhyitä kuvauksia testien sisällöstä ja kulusta.

Saamieni tulosten mukaan kaikki tulostetut lääkelistat täsmäävät sähköisen potilastietojärjestelmän lääkelistojen kanssa. Kaikki tulostetut lääkelistat ovat selkeitä, ajantasaisia ja ymmärrettäviä. Lääkelistatulosteissa ei ollut ylimääräisiä merkintöjä tai yliviivauksia.

Saamieni tulosten mukaan lääkehoidon toteutusta kirjataan monella eri tavalla. Kirjaaminen on kirjavaa ja osittain puutteellista. Kirjaaminen jää usein pelkkään kipulääkkeen kirjaamiseen. Lääkkeen antoindikaatio jää myös usein kirjaamatta. Lääkkeen vaikuttavuutta potilaan sekä hoitajan kokemana on heikosti kirjattu. Tulosten mukaan potilaan kipuja ei aina huomioida tai niitä ei tunnisteta. Tulosten mukaan kipumittareita ei ole käytössä, tai niitä ei kirjata. Saamieni tulosten mukaan hoitajat kirjaavat vaihtelevasti lääkärin määräämiä seurantoja kipulääkityksen, virtsanmittaamisen sekä residuaalin mittaamisen suhteen. Tulosten mukaan lääkärin muistuttelun jälkeen hoitajat kirjaavat paremmin ja säännöllisemmin pyydettyistä asioista.

Laitinen ym. (2010) tutkimuksessa ilmenee, että kirjatun lääkkeen vaikuttavuus on toisinaan enemmän hoitajan kuin potilaan näkemys ja hoitajat kirjaavat mitä on tehty, tekemiskeskeisesti. Osittain kirjataan potilaslähtöisesti sekä kuvataan potilaan tuntemuksia ja kokemuksia ja todetaan potilaslähtöisen kirjaamisen olevan tärkeää hoidon jatkuvuuden kannalta. Lisäksi dokumentoitu potilaan ääni usein paljastaa riittävän kivun lievityksen. Kaakisen (2002) tutkimuksessa ilmeni, että lääkkeen antamista tai vaikuttavuutta potilaalle ei ollut juuri kirjattu eikä mainintoja kipumittarien käytöstä löytynyt. Opinnäytetyöni tulosten mukaan lääkkeen vaikuttavuutta kirjataan heikosti, vaikka muutamia kirjauksia löytyy sekä potilaan että hoitajan näkökulmasta. Lisäksi löytyy kirjauksia, jonka perusteella hoitaja olettaa lääkkeen auttaneen. Kipumittareita ei kirjausten mukaan ollut käytettävissä.

Kirjaamisen komponentteja käytetään hyvin, pääosin asiasisällöt ovat oikeissa otsikoissa ja kirjataan rakenteisen kirjaamisen mukaan. Potilaille kirjataan 3–11 komponentilla vuorokaudessa. Kaikki päivittäiset kirjaukset näkyvät hoitokertomuksella samassa näkymässä kirjaamisjärjestyksessä ja havaintojeni mukaan useiden otsikoiden käyttö hankaloittaa luettavuutta. Osa hoitajista kirjaa kaikki vuoron kirjaukset yhden komponentin alle. Lisäksi kirjataan väärien komponenttien alle, tai ne eivät ole kirjaamista kuvaavia. Lisäksi kirjataan komponentteihin, mitä yleensä ei ole käytetty.

Kirjauksia tehtiin reaaliajassa sekä viiveellä. Saamieni tulosten mukaan potilailta puuttuu vuorokohtaisia kirjauksia ja yhden potilaan kirjauksen väli on lähes vuorokausi. Yövuoroista kirjataan hyvin ja vain yhdestä yövuorosta puuttuu kirjaus. Lisäksi löytyy muutamia valittuja komponentteja, joihin ei ole kirjattu sekä päällekkäisiä kirjauksia. Osa kirjaaminen sisällöstä on tekemistä kuvailevaa ja kirjaamisista ilmenee mitä hoitaja tai potilas on tehnyt. Osa hoitajista kirjaa potilaan kokemuksista ja tuntemuksista sekä potilaslähtöisesti.

Salonen ym. (2012) tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunta ei järjestelmällisesti hahmota hoitotyön prosessin mukaista kirjaamista ja kirjaukset kuvaavat hoitohenkilökunnan suorittamaa tekemistä. Rakenteisen kirjaamisen hoitotyön otsikoiden käyttö on vaihtelevaa ja hoidon suunnittelun kirjaaminen yhdessä potilaan kanssa jää puutteelliseksi. Hoitohenkilökunta valitsi otsikot joko yksilöllisesti tai käytti kirjaamisessa ainoastaan yhtä otsikkoa. Potilaan hoidon tavoitteiden asettaminen, hoidon arviointi sekä potilaan omaisten mukaan ottaminen hoitoon jäivät kirjaamisen valossa puutteelliseksi. Hoitohenkilökunnan kirjaaminen oli pääsääntöisesti reaaliaikaista ja sitä tehtiin koko työvuoron ajan. Opinnäytetyössäni olen saanut samankaltaisia tuloksia.

Hoidon jatkuvuuden tarve- otsikkoa käytetään saamieni tutkimusten mukaan pääasiassa erilaisten hoitoaikojen ja niihin liittyvien ohjeistusten kirjaamiseen. Lisäksi kirjataan kotilomaluvista ja niitä koskevista tarvikkeista, ohjeista sekä sopimuksista. Lisäksi kirjataan moniammatillisista työryhmistä koskien potilaan jatkohoitoa, niiden ajankohdista sekä siitä onko omaisille ilmoitettu vai ilmoittaako potilas itse. Lisäksi on kirjattu omaisten kanssa käydyistä keskusteluista, ajatuksista, mielipiteistä ja toiveista koskien potilaan hoitoa.

Kaakisen (2002), Huovilan (2007), Ikosen (2007), Leinon (2007), Laitisen ym. (2011) sekä Salosen ym. (2012) tutkimuksissa tuli esiin kirjaamisen koulutuksen tarpeellisuus hoitohenkilökunnalle. Tiedonkulku on haasteellista ja hyvä kirjaaminen on raportoinnin onnistumisen tae. Opinnäytetyöni tulokset tuovat esiin myös kirjaamisen koulutuksen tarpeellisuuden hoitohenkilökunnalle.

6.2 Luotettavuus ja eettisyys

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteerejä ovat uskottavuus, vahvistettavuus, reflektiivisyys ja siirrettävyys (Kylmä & Juvakka 2007, 127; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197). Laadullisella menetelmällä tehdyssä tutkimuksessa tutkimuksen toteuttamista ja tutkimuksen luotettavuutta ei voi pitää toisistaan erillisinä tapahtumina. Laadullisella tutkimusmenetelmällä tehdyssä tutkimuksessa viime kädessä luotettavuuden kriteeri on tutkija itse ja hänen rehellisyytensä tutkimuksessa, koska arvioinnin kohteena on tutkijan tutkimuksessaan tekemät teot, valinnat ja ratkaisut. (Vilkkä 2005, 158–159.) Kappaleessa opinnäytetyön toteuttaminen olen perustellut valintani opinnäytetyön tutkimusmenetelmästä. Tuloksia kirjoittaessani käytin suoria lainauksia, jotka tukivat opinnäytetyöni tuloksia.

Laadullisesta tutkimusmenetelmästä johtuen aineistoni on suppea, joten tuloksia ei voi yleistää. Tuloksista voi kuitenkin saada käsitystä niistä kirjaamisen osa-alueista, joiden kehittämiseen kannattaa kiinnittää huomiota.

Vahvistettavuus laadullisessa tutkimuksessa tarkoittaa sitä, että lukija pystyy seuraamaan tutkimusprosessin kulkua työtä lukiessaan. Tulokset tulee esittää selkeästi ja niin, että lukija pystyy seuraamaan tutkijan päättelynkulkua. (Kylmä & Juvakka 2007, 129; Tuomi & Sarajärvi 2009, 139.) Opinnäytetyön alussa esitän tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimustehtävän, jonka pohjalta olen valinnut teoreettiset lähtökohdat. Näiden avulla lukija orientoituu opinnäytetyön lukemiseen. Teorian pohjalta määrittelin hoidon jatkuvuutta kuvaavat kriteerit taulukkoon 1, joiden avulla tutkin potilasasiakirjoja. Olen pyrkinyt esittämään tulokset niin, kuin ne potilasasiakirjoista nousivat. Opinnäytetyön tuloksia vahvistaa lainausten käyttö tulososiossa sekä hoidon jatkuvuuden kriteerien määrittely taulukossa 1. Näiden avulla lukija saa luotettavamman tuloksen oikeellisuudesta.

Reflektiivisyydellä tarkoitetaan, että tutkimuksen tekijä on tietoinen omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Olen kokematon opinnäytetyön tekijänä, koska tämä oli ensimmäinen opinnäytetyö jonka olen tehnyt. Kokemattomuus heijastui koko prosessiin ja koin opinnäytetyön tekemisen haasteelliseksi.

Aineiston rajaaminen sekä hoidon jatkuvuuden kriteerien luominen oli haasteellista. Haasteellista oli myös tutkia aineistoa objektiivisesti, koska työskentelen itse sairaalassa hoitajana. Aihe on entuudestaan tuttu sekä aiheeseen liittyy ennakkokäsityksiä ja kokemuksia. Käsittelin tutkimustuloksia toisten tekemien tutkimusten avulla, että ne olisivat mahdollisimman kuvaavia, ja pyrin esittämään tulokset niin, kuin ne aineistosta ilmeni.

Laadullista tutkimusta tehdessä tekijä tutkii inhimillistä vuorovaikutusta eri ilmenemis-
muodoissa ja tutkimuksen piirissä olevat ilmiöt kuuluvat tavalla tai toisella ihmisten
sosiaaliseen kokemusmaailmaan. Tämän vuoksi eettiset kysymykset koskevat pohjim-
miltaan ihmisten henkilökohtaista elämänpiiriä ja kokemuksiin kajoamista. (Kylmä &
Juvakka 2007, 147.) Tutkimuksen uskottavuus, tutkijan etiikka, rehellisyys ja vilpittö-
myys perustuvat hyvään tieteelliseen käytäntöön (Tuomi & Sarajärvi 2009, 132). Eetti-
sinä kysymyksinä tulee esiin tunnollisuuden vaatimus, jossa opinnäytetyön tekijän on
paneuduttava tunnollisesti alaansa, jotta hänen hankkimansa ja välittämänsä informaatio
olisi niin luotettavaa kuin mahdollista (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172).

Tutkijan velvollisuus on selvittää tutkimukseen osallistuville tutkimuksen tavoitteet ja
menetelmät ymmärrettävästi. Tutkittavien osallistuminen on vapaaehtoista ja heillä on
oikeus kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen tai keskeyttää osallistumisensa missä vai-
heessa tahansa. Tutkittaville on annettava mahdollisuus esittää kysymyksiä, kieltäytyä
antamasta tietojaan ja keskeyttää tutkimus niin halutessaan. (Kankkunen & Vehviläi-
nen-Julkunen 2013, 219.) Opinnäytetyössäni olen toiminut edellä mainittujen periaat-
teiden mukaisesti. Laadin saatekirjeen, sekä suostumuslomakkeen potilaita varten. Saa-
tekirjeessä kerrottiin opinnäytetyön tarkoitus ja tiedonkeruumenetelmä. Saatekirjeessä
mainittiin, että tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja sen sai halutessaan kes-
keyttää milloin tahansa. Kävin tapaamassa potilaita henkilökohtaisesti ja kertomassa
opinnäytetyöstäni, sen tavoitteista sekä tarkoituksesta. Potilaat allekirjoittivat kirjalliset
suostumukset potilasasiakirjojensa käsittelemiseen (liite 2). Opinnäytetyön tulokset on
raportoitu niin, ettei yksittäistä potilasta pysty tunnistamaan. Potilaiden kirjauksia käsi-
teltiin numeroin yksityisyyden suojaamiseksi. Säilytin muistiinpanojani osastolla luki-
tussa kaapissa henkilötietojen ja suostumuslomakkeen osalta sekä opinnäytetyön loppu-
vaiheessa kotona asianmukaisessa paikassa. Kaikki opinnäytetyössä saatu potilaita kos-
keva materiaali tullaan hävittämään opinnäytetyön valmistumisen jälkeen huolellisesti.

Tiedon hankinnassa kaikkiin valmiina oleviin aineistoihin on suhtauduttava kriittisesti ja punnittava niiden luotettavuutta, ja se merkitsee lähdekritiikkiä (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 189). Mielestäni minulla on riittävä määrä lähteitä. Olen käyttänyt kirjallaisia lähteitä, joissa olen pyrkinyt mahdollisimman uusiin painoksiin. Käytin myös vanhempia teoksia, mutta niissä oleva tieto on edelleen pätevää. Olen käyttänyt myös tutkimuksia, artikkeleita sekä luentoja. Ulkomaalaisia lähteitä minulla on vähän suhteessa muihin lähteisiin. Niiden löytäminen oli haastavaa, ja niitä olisi voinut etsiä enemmän.

6.3 Pohdinta ja kehittämis ehdotukset

Yhteistyö potilaan kanssa tukee selviytymistä, ja sen tulee perustua luottamukseen ja toisen kunnioittamiseen. Potilas on aktiivinen osallistuja yhteisissä päätöksissä, ja hänen tulisi olla alusta lähtien mukana hoidon suunnittelussa. Potilaalle on tärkeää, että hänelle välittyy tunne siitä, että hänestä ja hänen asioistaan ollaan kiinnostuneita. Potilaalla on myös oikeus saada riittävästi tietoa itseensä liittyvistä asioista, ja se tukee potilaan selviytymistä. (Hovilainen-Kilpinen & Oksanen 2011, 331–332.) Potilaan kokonaishoidon eri vaiheiden kirjaaminen on oleellinen osa hoitoa, ja sen merkitys tulee jatkuvasti lisääntymään terveydenhuoltojärjestelmän muuttuessa, hoitoaikojen lyhentyessä ja potilaiden sekä heidän omaistensa aktiivisuuden ja kiinnostuksen lisääntyessä hoitoa kohtaan (Ikonen 2007, 66).

Kirjaamisen tärkeys korostuu, kun ihmiset ovat valveutuneita, tuntevat omat oikeutensa ja pyytävät tarkastusoikeuden pohjalta omien tietojensa tarkistamista ja mahdollista korjaamista. Kuolleiden omaisten asiakirjoja pyydetään enenevästi, ja käyttölokiselvitykset ovat lisääntyneet. Potilasasiamiehelle tulee runsaasti kysymyksiä sekä selvityspyyntöjä. Kanteluita ja kysymyksiä esitetään suoraan tietosuojavaltuutetulle, poliisille, Valviraan ja aluehallintavirastoon. (Andreasson 2013.)

Tulevaisuudessa potilasasiakirjat siirtyvät sähköiseen muotoon. Perinteinen arkistointi tulee muuttumaan, ja tilalle tulee sähköinen asiointi, sähköinen asiakirja- ja asianhallinta, sähköinen arkistointi pitkäaikaiseen ja pysyväissäilytykseen sekä digitointi. Siirtymävaihe on pitkä, ja rinnakkain on vuosia käytössä paperisia ja sähköisiä asiakirjoja. (Koivisto 2013.) Kansallinen potilaskertomusten arkistointi mahdollistaa sen, että potilasta koskevat asiakirjat ovat tarvittaessa käytettävissä kaikissa toimintayksiköissä (sai-

raala, terveyskeskus, yksityinen palveluntuottaja) missä tahansa suomessa edellyttäen, että potilas on antanut luvan niiden käyttöön (Tanttu 2008, 132–133). Omakanta on jo käytössä, koskien sähköisiä reseptejä. Potilastiedon arkisto otetaan käyttöön vähitellen, ja julkisen terveydenhuollon määräaika on 1.9.2014. (KanTa 2014.) Tämän jälkeen omien tietojen katselupalvelussa voi katsoa osaa potilastiedoista ja niiden käyttöön liittyviä luovutuskieltoja. Lisäksi voi antaa suostumuksensa potilastietojensa käyttöön tai tehdä tietojen käyttöä rajoittavan kiellon. Katseluyhteyden kautta voi tehdä elinluovutusta koskevan tahdonilmaisun tai hoitotahdon. (Jokinen 2013.) Palveluun voi kirjautua esimerkiksi omilla pankkitunnuksilla.

Ikonen toteaa (2007), että terveydenhuollon henkilöstön tekninen osaaminen ei ole vielä riittävällä tasolla. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön osaaminen on Suomessa korkeatasoista, mutta väestön tarpeiden ja odotusten muutokset sekä sosiaali- ja terveydenhuollon teknologian kehitys asettavat uusia ja kasvavia vaatimuksia henkilöstön tiedollisille ja taidollisille vaatimuksille. (Ikonen 2007, 66.) Suomalaiset sairaanhoitajat ovat aktiivisia sekä kansallisesti että kansainvälisesti hoitotyön tiedonhallinnan kehittämisessä, ja Suomi on maailman ykkönen rakenteisessa kirjaamisessa. Ensimmäiset hoitotyön tiedonhallinnan erityispätevyudet on myönnetty Suomen sairaanhoitajaliiton toimesta. Käytännössä hoitotyön tiedonhallinta tarkoittaa hoitotyön kirjaamista, syntyneen tiedon muokkaamista, hallinnointia, varastointia ja sen edelleen hyödyntämistä esimerkiksi tutkimuksessa, kehittämisessä ja johtamisessa. (Kinnunen ym. 2013.)

Opinnäytetyössäni hoidon jatkuvuuteen vaikuttavia tekijöitä ovat riskitietojen löytäminen ja niiden huomioiminen jokaisen potilaan hoidossa. Riskitietojen avulla voidaan tehdä hyviä, tärkeitä, ennaltaehkäiseviä ja ratkaisevia huomioita potilaasta sekä edistää potilasturvallisuutta. Hoitosuunnitelmia laaditaan, ja niistä ilmenee hyvin potilaiden avun tarve sekä hoitajakson tavoitteet. Kehittämisehdotuksia pohdittaessa opinnäytetyöstä nousevat esiin kirjaamisen kehittäminen potilaan näkökulmasta sekä keinot millä hoitajakson tavoitteisiin päästään. Hoito- ja kuntoutussuunnitelmia tehdään ja arvioidaan säännöllisesti yhdessä potilaan sekä moniammatillisen tiimin kanssa. Niissä keskustellaan usein potilaan kokemuksista ja ajatuksista koskien hoitoa. Hoito- ja kuntoutussuunnitelmatilanteissa kehittämisehdotuksina voisi kirjaamista hyödyntää potilaan näkökulman esiin tuomiseen sekä hoidon jatkuvuuden edistämiseen. Jokaisesta potilaasta tehdään erilaisia arvioita hoitajaksolla moniammatillisesti. Arvioinnit antavat hyvää tietoa potilaasta kokonaisvaltaisesti lääketieteen, hoidon, kuntoutuksen sekä sosiaalityön

osa-alueilta. Potilaan asioista tietäminen ja kokonaisuuden hahmottaminen turvaavat potilaan hoidon jatkuvuutta, lisäävät potilasturvallisuutta sekä potilaan luottamusta saamaansa hoitoon.

Potilaiden lääkelistat ovat selkeitä, ajantasaisia ja ymmärrettäviä, ja ne vaikuttavat hoidon jatkuvuuteen sekä potilasturvallisuuteen merkittävästi. Lääkehoitoa kirjataan eri tavoin. Kehittämisehdotuksena opinnäytetyöstä nousevat lääkkeen antoindikaation sekä potilaan ja hoitajan näkemyksen kirjaaminen lääkkeen vaikuttavuudesta aina ja reaaliajassa. Erilaisten kipumittareiden avulla potilaalta voi saada arvokasta tietoa kivusta ja sen laadusta. Samaa mittaria käyttämällä voidaan arvioida potilaan kokemusta annetusta lääkkeellisestä tai hoitotyön keinoin annetusta avusta. Kehittämisehdotuksena opinnäytetyöstä nousevat esiin sopivan kipumittarin etsiminen ja käyttöön ottaminen. Potilaan näkökulman esiin tuominen sekä hoitajan tekemä kivun arviointi ovat tärkeitä asioita hoidon jatkuvuuden kannalta.

Kirjaamisen komponentteja käytetään yleensä hyvin, ja hoitajat kirjaavat rakenteisesti yhteisten sovittujen komponenttien avulla. Hoitajat kirjaavat potilaslähtöisesti sekä tekemistä kuvailevasti. Komponentteja käytetään 3–11 vuorokaudessa. Pegasos-käyttöjärjestelmästä johtuen useita komponentteja sisältävien kirjaamisten lukeminen on haastavaa koska, kirjaukset ovat näytöllä jonossa eivätkä hoitopäivinä, kuten esimerkiksi Miranda- käyttöjärjestelmässä. Kehittämisehdotuksena nousevat oikeiden ja kuvaavien komponenttien käyttäminen kirjaamisessa, potilaslähtöisyyteen ja reaaliaikaiseen kirjaamiseen pyrkiminen sekä kirjaamisen juridisen merkityksen ymmärtäminen. Oikeiden komponenttien käyttö ja niihin kirjaaminen helpottavat ja nopeuttavat asioiden hakemista kirjaamisteksteistä. Päivittäinen kirjaaminen antaa arvokasta tietoa hoitajalle siitä, miten potilasta tulee hoitaa.

Kirjaaminen kehittyy ja muuttuu koko ajan ja se asettaa haasteita työntekijöille sekä työnantajille. Kirjaaminen on yksi hoitajan tärkeimmistä työvälineistä. Opinnäytetyötä tehdessäni luin tutkimuksia vuosilta 2002–2012. Kirjaamisen haasteellisuus sekä koulutustarve tuotiin esiin kaikissa tutkimuksissa, samoja asioita havaitsin opinnäytetyössäni. Olen pohtinut, miksi kirjaaminen on haastavaa vuodesta toiseen. Johtuuko se arvostuksen puutteesta tai asenteista? Johtuuko se kiireestä, henkilökunnan puutteesta tai siitä, ettei ole riittävästi apuvälineitä eli tietokoneita, tai ne eivät toimi kunnolla? Johtuuko se koulutuksen laadusta, koulutuksen puutteesta tai siitä, että koulutusta ei osata etsiä?

Vaikuttaako kirjaamisen sisältöön raportointitapa, eli se, onko raportointi suullinen vai hiljainen? Kirjataanko niin, että suullisesti voidaan kertoa tarkemmin raportilla, vai kirjataanko niin, että lukemalla kirjauksia asia selviää lukijalle? Tiedonkulku on haasteellista, ja kehittämishaasteena opinnäytetyöstä nousee kirjaamisen koulutuksen tarpeellisuus. Kirjaamisen apuvälineitä, tietokoneita, on lisätty osastoille ja osa on liikuteltavissa potilaan luokse. Kehittämisehdotuksena opinnäytetyöstä nousee apuvälineiden käyttäminen ja liikuteltavien koneiden avulla potilaslähtöisen kirjaamisen kehittäminen.

Jatkotutkimusehdotuksina voisi tarkastella, mitkä tekijät vaikuttavat hoitajien mielestä kirjaamiseen ja miten hoitajat kirjaamisen kokevat. Lisäksi voisi tutkia omaisten osallistumista potilaan hoitoon kirjausten perusteella.

Opinnäytetyö on laajentanut ja syventänyt omaa ymmärtämystäni sekä osaamistani rakenteisesta kirjaamisesta. Kirjaamisen tärkeyttä sairaanhoitajan työssä ei voi koskaan liiaksi korostaa. Kirjaamisen avulla turvataan potilaan hoidon jatkuvuutta, potilasturvallisuutta sekä tehdään hoitotyötä näkyväksi. Kirjaaminen on tärkeää myös oikeusturvan kannalta. Suomessa on korkea kirjaamisen taso, joka kehittyy kokoajan. Koulutusta tarvitaan kirjaamisen kehittämiseksi ja mahdollisuuksien hyödyntämiseksi. Tämä opinnäytetyö tuotti näyttöä kirjaamisen vahvuuksista ja kehittämistä vaativista alueista tietyssä sairaalassa.

LÄHTEET

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Andreasson, A. 2013. Tietohallinto. Tampereen kaupunki. Potilasasiakirjojen käytön yleiset periaatteet -koulutus. Hyvä tietosuojakäytäntö. Luento. 15.10.2013. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Tampere.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytännönpäytäntöä laadittavasta suunnitelmasta 6.4.2011/341.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298.

Eloranta, A-M. 2006. Yksilövastuun hoitotyön toteutuminen somaattisilla ajanvarauspoliklinikoilla hoitohenkilökunnan arvioimana. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto. Pro gradu -tutkielma.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Henkilötietolaki 22.4.1999/523.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Hovilainen-Kilpinen, T. & Oksanen, H. 2011. Lähihoitajan käsikirja. 3. painos. Helsinki: Tammi.

Huovila, M. 2007. Sähköisen potilaskertomuksen ydintietojen käyttö läheteissä. Terveystieteen ja -talouden laitos. Kuopion yliopisto. Pro gradu -tutkielma.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2012. Hoida ja kirjaa. 7. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Ikonen, H. 2007. Hoitohenkilökunnan valmiudet hoitotyön elektroniseen kirjaamiseen. Terveystieteen ja -talouden laitos. Kuopion yliopisto. Pro gradu -tutkielma.

Jokinen, T. 2013. Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitos. KanTa-palvelut ja potilastietojen käsittely. Potilasasiakirjojen käytön yleiset periaatteet -koulutus. Luento. 15.10.2013. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Tampere.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kansallinen Terveystieteen arkisto. KanTa. 2014.
<http://www.kanta.fi/3>

Kinnunen, U-M., Mykkänen, M., Liljamo, P., Saranto, K. & Ensio, A. 2013. Hoitotyön tiedonhallinta on osa sairaanhoitajan työtä. *Sairaanhoitaja* 1/2013, 28–31.

Koivisto, T. arkistopäällikkö. 2013. Potilasasiakirjat ja niiden käyttöön liittyvät ohjeistukset. Potilasasiakirjojen käytön yleiset periaatteet -koulutus. Luento. 15.10.2013. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Tampere.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Laitinen, H., Kaunonen, M. & Åstedt-Kurki, P. 2010. Patient- focused nursing documentation expressed by nurses. *Journal of Clinical Nursing*. Vol 19 No 3–4. 489–497.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/159.

Leino, K. 2004. Hoitotyön kirjaamisen toteutuminen. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto. Pro gradu -tutkielma.

Pegasos potilastietojärjestelmä. 2012. Hoitokertomus, hoitotyön systemaattinen kirjaaminen vuodeosastoilla. Tampereen kaupunki. Tampere. Luettu 21.9.2013.
<https://www.loora.fi/portal/auth/portal/default/Pegasos>

Salonen, A., Virta-Helenius, M., Renholm, M., Stenroos, M-L. & Vuorinen, R. 2012. Sähköisen kirjaamisen käyttöönoton haasteet. *Sairaanhoitaja* 8/2012, 55–57.

Saranto, K. 2008. Tiedon muodostuminen hoitoprosessissa. Tiedon lajit ja niiden merkitys. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A-L. 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Saranto, K. & Ikonen, H. 2008. Hoitotiedon välittäminen toimintayksikössä. Viestinnän merkitys. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A-L. 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Saranto, K. & Sonninen, A-L. 2008. Systemaattisen kirjaamisen tarve. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A-L. 2008. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Tantt, K. 2008. Moniammatillinen potilaskertomus ja hoidon jatkuvuus. Moniammatillinen potilaskertomus. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A-L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Tantt, K. & Rusi, R. 2008. Kansallisesti yhtenäinen hoitotyön kirjaaminen ja sen hyödyt. Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. 2. painos. Sairaanhoitajaliitto. Helsinki: Gummerus.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 8. uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

Vesaluoma, H. 2010. Hoitotyön kirjaaminen. Luento. 9.11 ja 17.11.2010. Tampereen ammattikorkeakoulu. Tampere.

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

LIITTEET

Liite 1. Saatekirje



TIEDOTE

27.11.2013

Hyvä potilas, hänen omaisensa/ läheisensä!

Pyydän Teitä osallistumaan opinnäytetyöhöni, jonka tarkoituksena on kuvata sähköisen potilastietojärjestelmän kirjaamisen nykytilaa hoidon jatkuvuuden näkökulmasta tässä sairaalassa.

Osallistumiseen tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumiseen syytä ilmoittamatta milloin tahansa. Opinnäytetyölle on myönnetty lupa tietystä sairaalasta, joka toimii opinnäytetyön yhteistyötahona.

Opinnäytetyö toteutetaan keräämällä aineiston teoriaosuus kirjallisuudesta, sekä kartoitetaan teorian ilmenemistä sähköisissä potilasasiakirjoissa. Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijän käytössä. Aineisto säilytetään salasanalla suojattuina tiedostoina ja kirjallinen aineisto lukitussa tilassa.

Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Tällä suostumuksella pyydän teiltä lupaa sähköisten kirjaamistekstien tarkastelua varten. Suostumuksen lisäksi tämä ei vaadi teiltä muuta osallistumista. Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, opinnäytetyön raportista ei yksittäistä potilasta pysty tunnistamaan. Opinnäytetyöt ovat luettavissa elektronisessa Theseus -tietokannassa.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstäni, vastaan mielelläni.

Liite 2. Suostumuslomake



SUOSTUMUS

Opinnäytetyön aihe on kirjaaminen ja hoidon jatkuvuus

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, sekä mahdollisuuden esittää opinnäytetyöstä tekijälle kysymyksiä.

Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka ja aika

_____ . _____ . _____

Suostun osallistumaan
opinnäytetyöhön:

Suostumuksen
vastaanottaja:

Osallistujan allekirjoitus

Opinnäyte työntekijän
allekirjoitus

Nimen selvennys

Nimen selvennys

Liite 3. Sairaalan yhteisesti sovitut kirjaamisen komponentit

